

休 止
 廃 止 届 書
 再 開

業 務 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 号 年 月 日
薬 局、製 造 所、店 舗 又 は 営 業 所	名 称	
	所 在 地	
休 止、廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日		年 月 日
備 考		

休止
 上記により、廃止 の届出をします。
 再開

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

（あて先）浜松市保健所長

（許可証添付のこと）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、店舗販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは賃貸業、管理医療機器の販売業若しくは賃貸業の別を記載すること。
- 4 正本1通提出すること。
- 5 管理医療機器の販売業又は賃貸業にあつては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄に、その販売業又は賃貸業の届出を行つた年月日を記載すること。
- 6 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。
- 7 麻薬、覚せい剤原料の在庫がある場合はその旨を申し出ること。